

Une expérience de travail pluri-professionnel en réanimation

Xavier Forel
Armand Kazek
Aurélie Trap

Au travers d'une expérience clinique en réanimation, nous avons essayé de croiser les regards, les pratiques, les expériences afin d'esquisser une présentation d'un service particulier où les enjeux vitaux, mais aussi psychiques sont très importants. Nous avons donc fait le choix d'un texte « à trois mains » : deux infirmier(e)s en réanimation médicale et un étudiant en psychologie clinique. Une écriture pluridisciplinaire, à l'image d'une pratique soignante où il est inconcevable de travailler seul : tant dans un souci professionnel de bonne prise en charge que sur un versant plus personnel où l'environnement « extrême » rappelle à chaque instant au soignant que la vie du malade est en jeu.

Nous avons choisi de nous appuyer sur une situation clinique spécifique dans le but de relier la clinique à son environnement. De manière fortuite, nous avons appris au moment de commencer cet article que le patient que nous évoquons ici est décédé un an après sa sortie du service de réanimation.

Monsieur B. est âgé de 52 ans, cela fait plus de six mois que celui-ci est hospitalisé. Il est atteint de tuberculose, sa fragilité physique et le risque important de contagion lié à sa maladie ont empêché tout transfert vers un autre service. Il occupe une chambre isolée des autres, présentant des caractères spécifiques d'accès : sas, port de blouse, masque, pour éviter tout risque de contamination. Monsieur B. est divorcé, il a une fille de quatorze ans qui vit en foyer d'accueil. L'équipe soignante nous décrit ce monsieur comme un « artiste », « un marginal à qui la vie n'a pas souri ». D'abord hospitalisé pour une hépatite C, post toxicomanie à l'héroïne, le diagnostic de tuberculose et la gravité associée motivèrent son entrée en service de réanimation. L'équipe soignante semble attachée à ce patient défini comme « sympathique », « agréable » : « C'était Boris et non M.B. ». Une infirmière dira « c'est rare d'avoir un patient aussi longtemps dans le service alors forcément avec le temps on s'attache et on crée des liens ». M.B. est un homme très maigre au regard épuisé, mais au visage souriant. Allongé dans son lit, il ne peut se déplacer sans la présence d'un soignant. M.B. est trachéotomisé et parle d'une voie discrète souvent difficilement perceptible en raison du bruit des nombreuses machines. Il travaille dans le milieu du spectacle, profession qu'il qualifie de « festive » où « les équipes ne sont pas très sages ». Très vite il aborde son passé avec la drogue et explique comment de « fil en aiguille » il a été amené à consommer des drogues de plus en plus dures. Puis, il

continue sur les raisons de son hospitalisation. Il avoue son désarçonnement total lorsqu'un jour « des hommes avec des masques sont rentrés » dans sa chambre et lui ont annoncé le diagnostic de tuberculose. Il dit ne pas avoir réalisé tout de suite l'importance des conséquences de cette maladie. Ce n'est que lorsqu'il a été mis en chambre d'isolement et que les visites protocolaires ont été mises en place qu'il a réalisé qu'il « ne sortirait pas aussi vite que prévu ». Il explique que sa trachéotomie lui a coupé la parole pendant plus de deux mois, il pourra de nouveau parler grâce à la mise en place d'une cellule phonatoire.

La sollicitation du stagiaire psychologue par les soignants a été importante après sa première rencontre avec le patient. Ils interrogeaient sur la vie de ce patient : avait-il parlé de son passé de toxicomane ? De sa vie d'artiste marginale ? La place d'un représentant de la vie psychique interrogeait beaucoup ; les nombreux questionnements à la sortie de ce premier entretien en été la preuve. La présence de psychologue avait été jusqu'à présent dans ce service rarissime. Ses interventions ne se faisaient que sur demande, souvent exceptionnelle et uniquement pour des situations jugées problématiques par l'équipe. Cette présence ponctuelle faisait constater une méconnaissance mutuelle des fonctions de chacun, développant et exposant à des *a priori*, laissant chez les équipes l'impression d'« expertises psychologiques ». L'expérience de la présence d'un stagiaire en psychologie clinique sur du long terme semble cependant démontrer qu'un psychologue aurait largement et de façon permanente toute sa place au sein d'une équipe de réanimation. Ceci à trois niveaux : tout d'abord par la relation d'aide directe au patient qu'il établit. Ensuite par le travail d'analyse et de liaison qu'il effectue de chaque prise en charge permettant d'éclairer les équipes lors de situations complexes. Enfin, il peut aussi intervenir directement auprès de soignants en questionnement sur un vécu professionnel parfois douloureux. « Quinze ans de réa et on n'a jamais vu un psy, tu parles qu'on est un peu dingue ! » disait une aide-soignante. La confrontation permanente des professionnels à des situations morales et éthiques difficiles n'est pas sans conséquence sur la vie des équipes soignantes. On peut fortement présumer que l'éclairage d'un psychologue de certaines situations, dans un travail individuel ou collectif, tendrait à prévenir épuisements professionnels, tensions d'équipes et arrêts maladies. Cependant la possibilité d'un tel travail nous apparaît nécessairement passer par l'incorporation du psychologue dans les équipes afin de garantir un sentiment d'appartenance mutuel.

M.B. affiche parfois un air triste. En lui demandant les raisons de cette apparence morose celui-ci se met à pleurer. Il confie son « *ras-le-bol* », le désespoir qui l'envahit chaque matin lorsqu'il réalise qu'il est encore à l'hôpital. Sa dépendance pour les gestes quotidiens : aller à la selle, se laver. Les *bips* incessants des machines et la douleur constante liée aux escarres le remplissent de doutes quant à une possible amélioration de son état de santé. À ses interrogations rhétoriques concernant le sens de sa maladie, des épreuves qu'il endure, il est difficile de répondre.

Le regard de M.B., à la fois rempli de peur et de colère, rappelait que nous étions dans un lieu d'urgence où les problématiques de la « vie malade » et les angoisses de mort associées sont constamment présentes. Il semblait par ses pleurs, rappeler que nous étions dans une relation humaine qui dépassait nos places de patient et de professionnel. S'y exprimaient des besoins humains essentiels : être rassuré, en confiance, proche. Une nouvelle perspective thérapeutique semblait se construire, se tisser de par l'instauration d'un suivi psychologique. D'ailleurs M.B. dira « *ça fait du bien de parler à quelqu'un d'autre que les murs* ». De par la nature même de sa profession, le psychologue est exempt des actes de soins efficaces et techniques dans lesquels chaque soignant est pressé. Sa fonction lui permet un luxe temporel auquel les soignants ne peuvent prétendre, car pris dans une logique *du faire* où l'acte de soin est nécessaire. Ce rapport au temps est essentiel à l'hôpital, et encore plus en réanimation où la proximité de la mort rappelle aussi bien aux soignés qu'aux soignants que le temps est imparti. Même si cette lisière du temps concerne des causalités différentes, elle demeure néanmoins impérieuse pour chacun. « *T'es pas sorti de la chambre de la journée* », sera un constat fait par un soignant à un autre, témoignant d'un sentiment ambivalent : d'une part cela atteste d'une force de travail et d'un important investissement, mais cela interroge aussi les raisons d'un tel engagement. Est-il réellement nécessaire de rester aussi longtemps pour arriver à ce résultat ? Les négociations autour du temps sont permanentes en réanimation et s'interpénètrent avec les relations de pouvoirs. La question constante semble être : *qui prend le temps de qui ?* Les patients demandent plus de temps aux soignants, car leur vie et/ou leurs confort en dépendent, les médecins demandent du temps aux infirmières, qui de la même manière, en demande aux médecins. D'ailleurs les temps de travail officiels sont généralement généreusement dépassés et donnent lieu à d'autres négociations aboutissant à des *crédits temps* ou des *recupérations*. Un des symptômes de cette recherche des limites du *don de soi* semble transparaître au travers des négociations avec les patients et avec les proches autour de la question du temps : « *j'arrive tout de suite - je viens dans deux minutes - allez en salle d'attente on va vous chercher dans 10 min* ». Cette réflexion semble poser une question fondamentale : manque-t-il du temps ou d'une suffisante disponibilité psychique pour en donner ? Même si singulièrement différente pour chacun, cette préservation et ce contrôle du temps semble essentiel pour chaque soignant. Faire attendre pour la réponse à une demande est un moyen

pour le soignant de réimposer son propre rythme même si parfois cela se heurte à l'incompréhension des familles face à ce qu'ils considèrent comme une demande urgente.

Nombreuses étaient les rencontres durant lesquelles M.B. exprimait des plaintes concernant l'épuisement physique et psychique dans lequel celui-ci se trouvait. « *Ils n'arrivent pas à soigner ce que j'ai ? Ça fait plus de six mois que je suis là ! Ils font quoi au juste ? Une expérience ?!* » La rencontre de M.B. avec sa *réalité biologique* semblait être l'origine d'une importante désillusion. Les récents progrès médicaux nous conduisent à certains fantasmes des pouvoirs de la médecine et nous amènent à considérer la santé comme un dû et le fait de ne pas l'atteindre comme une iniquité. La phrase de M.B. apparaît comme un sentiment d'injustice : « *pourquoi moi je ne guéris pas ?* » Mais l'on pourrait aussi comprendre cette phrase d'une autre manière : « *Ils font une expérience sur moi, car je présente des traits caractéristiques qui font de moi une source d'intérêt pour la science et donc pour les soignants* », vient en écho avec le comportement de l'ensemble de l'équipe soignante qui adoptait effectivement une attitude différente avec ce patient depuis longtemps hospitalisé. Cette attitude semble donner du sens à la dure épreuve de sa maladie, elle pourrait être vue comme une tentative d'élaboration d'un vécu injuste et traumatique de la maladie. Le « *il* » en tant qu'individu malade laisse place au « *je* » du sujet acteur de l'histoire. En quête de sens pour expliquer l'inexplicable, le patient paraît au travers de cette réflexion apporter une tentative de réponse.

M.B. possédait un cahier, celui-ci permettait de préserver un dialogue avec les soignants lorsqu'il ne pouvait utiliser sa voix. Une page, présentée à la manière d'une lettre, retiendra particulièrement notre attention : « *Je dormais, je me suis réveillé, angoissé... Tout seul. Je ne connais pas l'Ardèche, je suis venu pour ma fille. Monsieur le Président, je vous écris cette lettre pour dire qu'à partir de maintenant vous n'aurez plus le temps d'élever vos enfants, de prendre le temps de vivre. Vous allez juste souffrir et ne plus vraiment rire. La nouvelle Loi a été votée, vous allez en chier. Interdits les éclats de rire dès 18h00* ».

Cet écrit, aux allures du poème de Boris VIAN, est lourd de significations. Il marque la distinction entre un état stable, « *je dormais* » et un état fluctuant, d'agitation et de mal-être. « *La nouvelle loi* » semble faire référence à son entrée en réanimation, inattendue, douloureuse où la solitude est marquante. Sur un registre mélancolique, M.B. nous indique un sentiment de culpabilité quant à ce temps perdu qu'il aurait pu consacrer à « *élever vos enfants* ». M.B. semble par cette lettre s'écrire à lui-même, le président c'est lui, individu unique et seul avec pour autant l'exigeante mission d'aller mieux, de guérir.

M.B. était surtout demandeur de parole, d'échanges, d'écoute. La durée inattendue de son hospitalisation et sa générosité de partage ont rendu la prise en charge complexe pour les soignants, des liens se sont tissés. Le patient a été alors investi par les soignants et s'est vu attribuer le terme de mascotte. À l'approche de Noël, de nombreuses feuilles circulaient dans le service pour : « *offrir un cadeau de Noël à notre mascotte des soins continus : M.B. !* » M.B. était un

symbole pour les soignants, il portait de par sa condition les nombreuses problématiques auxquelles chaque jour les soignants sont confrontés, la vie et son inexorabilité, la mort. Mascotte vient du provençal *mascoto* qui veut dire littéralement « sortilège ». Intéressante étymologie surtout si l'on considère les dires de certains soignants : « *la vie ne lui a pas souri* ». M.B. portait à son insu cette symbolique du sort, du hasard malchanceux. Cette hospitalisation inhabituelle à la réanimation incitait les équipes à s'interroger, car leurs pratiques soignantes auparavant empathiques semblaient malgré eux basculer du côté de la sympathie. Se questionner sur le présent de ce malade, martelé de pulsion de mort jusqu'à présent déniée et/ou refoulée de façon le plus souvent collective par l'équipe.

Plus que comprendre l'histoire du malade, ce qui semble important c'est de soutenir sa pensée, son vécu, sa parole, en reconstruction après le passage traumatique d'une maladie inattendue. Cette relation spécifique avec ce patient semble montrer combien l'équipe soignante a tenté de créer un espace psychique là où l'institution formait un milieu fermé par la chambre d'isolement. En effet, les nombreux appels de M.B. semblaient être à entendre du côté d'une demande d'extérieur. En sollicitant l'attention des soignants, il paraissait mobiliser la vie dont il était privé et qui pourtant se poursuivait à l'extérieur. Cet enfermement et cette séparation des autres l'obligeaient à une réflexion sur lui-même. L'attente de M.B. ne semblait pas être qu'une attente d'un temps d'écoute, c'était avant tout une attente de mise en relation avec une parole salvatrice considérée comme sortie de secours d'une solitude, où sa pensée s'échoyait entre les murs de sa chambre d'hôpital. C'était un appel d'aide à l'autre, jugé comme un tiers secourable, capable de briser cette cyclicité dans laquelle il était emprisonné.

En opposition avec une vision technocratique et hygiéniste de l'image idéale de l'hôpital aux couloirs brillants et aux portes bien alignées, les portes en service de réanimation restent souvent ouvertes. Les patients préfèrent souvent l'ouverture en raison du bruit angoissant de la soufflerie et des différentes machines médicales ramenant inexorablement à la dure réalité physique et psychique de la maladie provoquant sentiment de solitude et d'isolement. Les portes ouvertes c'est la possibilité d'un extérieur représenté par l'équipe soignante. Mais ceci s'analyse aussi du côté des soignants, avec bien évidemment un aspect pratique de communication, où la porte ouverte permet de rester en alerte aux différentes informations circulant dans les couloirs assurant ainsi un travail d'équipe. Cette porte ouverte c'est aussi la possibilité pour chaque soignant de rester en lien avec la convivialité de l'équipe par opposition au duo au potentiel angoissant que provoquerait la fermeture de la porte. Cette fermeture impliquant immédiatement une confrontation sensitive et directe au patient malade et possiblement en danger de mort.

Le départ de M.B. fut déstabilisant pour l'ensemble de l'équipe soignante. Le temps avait permis de le voir aller mieux. La levée de l'isolement, la fin du port du masque,

laisser la porte ouverte, pouvoir marcher dans le service procuraient à ce patient un bien-être immense. Son hospitalisation inhabituellement longue pour un service de réanimation avait permis un contact bien singulier avec les soignants. Son départ, même si réjouissant, car signe d'une amélioration notable, ramenait tout de même l'ensemble du personnel à une réalité parfois douloureuse de la réanimation : le *turnover* des patients y est énorme, c'est une clinique de l'urgence où l'aboutissement est duel. Soit les patients retrouvent un certain état stable, ils changent alors de service laissant ainsi la place pour d'autres patients en état critique, soit ils connaissent une issue plus tragique, ils décèdent.

Du côté de la prise en charge psychologique, le sentiment « d'esquisse thérapeutique » subsistait, avec la douloureuse impression qu'il aurait été possible « de mieux faire ». Il apparaît que le traumatisme dans un tel service n'est pas seulement lié à un excès de violence et d'agressions somatiques, il peut aussi être lié à des vécus traumatiques plus anciens ainsi réactivés. M.B. avait laissé certains indices comme la lettre où il évoquait la séparation avec sa fille, son année vécue dans la rue. De plus chaque séparation avec un patient renvoie aux interrogations quant à l'utilité « *d'un psy* » dans un tel service et son positionnement radicalement différent des soignants où le langage dominant est le langage du geste médical. Cette question de l'utilité fréquemment rencontrée au détour d'un entretien difficile avec un patient ou à l'occasion d'un problème d'organisation avec les soignants, pour préserver les entretiens des temps de soins, est à la fois déstabilisante, mais aussi stimulante puisqu'elle amène le psychologue à toujours se repositionner, à réajuster sa pratique clinique.

L'écoute des soignants atteste au patient réanimé qu'il existe réellement, qu'il continue d'exister en tant que sujet somatique, mais aussi et surtout qu'il est reconnaissable comme un autre humain. Le travail des soignants et du psychologue est d'amener le sujet à considérer le langage, verbal ou non, comme outil permettant de mettre en travail les vécus traumatiques propres à la réanimation. C'est une forme dynamique de réappropriation d'un vécu physique/psychique par une tentative de mise en sens. Se parler, se dire, c'est déjà opter pour un positionnement radicalement différent, celui de passer de la maladie à celui de sujet malade.

Xavier FOREL,
infirmier en Réanimation

Armand KAZEK,
M2 Pro de psychopathologie et psychologie clinique

Aurélie TRAP,
infirmière en Réanimation